

Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus

MARJO ORAVA

TtM, osastonhoitaja

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja perus-
palvelukuntayhtymä
Korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikkö

HELVI KYNGÄS

THT, professori

Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos

MARIA KÄÄRIÄINEN

TtT, yliopisto-opettaja

Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos

TIIVISTELMÄ

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata hoitajan antamaa puhelinohjausta. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku suoritettiin Medic-, Medline-, Cinahl-, ja Cochrane-tietokannoista sekä manuaalisesti vuosilta 2004–2009. Puhelinohjausta voidaan järjestää kahdella eri tavalla: reaktiivisesti ja proaktiivisesti. Tässä artikkelissa raportoidaan ainoastaan reaktiivista puhelinohjausta koskevat tulokset. Aineisto koostui 43 alkuperäistutkimuksesta, jotka analysoitiin laadullisen sisällön analyysin mukaan.

Reaktiivisen puhelinohjauksen ominaisuuksiin sisältyy asiakkaan aloitteesta akuuttiin terveysongelmaan liittyvä ohjauskontakti, joka ei yleensä pohjautu aikaisempaan hoitosuhteeseen. Parhaimmillaan puhelinohjaus on asiakaslähtöistä ja perustuu luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen. Puhelinohjauksessa hoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Hoitajan rooli on itsenäinen, apuvälineinä hänellä on useimmin erilaiset strukturoidut ohjeistukset. Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua on arvioitu ohjauksen sisällön, ohjaukseen sitoutumisen ja muiden tekijöiden perusteella. Vaikutukset kohdistuivat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveystalveluja tuottaviin organisaatioihin ja terveystalvelujärjestelmään.

Avainsanat: reaktiivinen puhelinohjaus, puhelin, potilasohjaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

ABSTRACT

Telephone counseling as a method for patient education: systematic review Part I: Reactive telephone counseling

Marjo Orava, MNSc, head nurse
Helvi Kyngäs, PhD, professor
Maria Kääräinen, PhD, lecturer

The systematic review describes telephone counseling provided by a nurse. The systematic literature searches were applied in the Medic, Medline, Cinahl and Cochrane databases as well as manually from the years of 2004–2009. Telephone counseling can be carried out by two different methods: reactive and proactive. This article describes only findings of reactive telephone counseling. The findings (n = 43 original studies) were analyzed by qualitative content analysis.

Reactive telephone counseling includes guidance contact around an acute health problem made on the initiative of the client. This contact is not usually based on any earlier nurse-client relationship. At its best, reactive telephone counseling is client-oriented and based on confidential interactive relationship. Reactive telephone counseling demands professional competence and its development. The nurse's role is independent, and she/he most often uses different protocols as tools. The quality of reactive telephone counseling has been estimated on the basis of the contents of counseling, of the adherence to counseling and of other factors. The effectiveness focused on clients, units of care, organizations providing health care services and on the system of health care.

Keywords: reactive telephone counseling, telephone, patient education, systematic review

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

Puhelinohjausta on tarjolla erityisesti akuuttien terveysongelmien ratkaisemiseksi Puhelinohjaukseen ja puhelinpalveluiden organisointiin alettiin Suomessa kiinnittää huomiota hoitotakuu-lainsäädännön astuttua voimaan vuonna 2005 Puhelinohjausta voidaan turvallisesti toteuttaa hoidon tarpeen arvioinnissa, sillä voidaan tietyissä tapauksissa korvata vastaanottokäynti, tai täydentää muuta hoitoa.

Mitä uutta käsikirjoitus tuo?

Systemaattisesti koottua tutkimustietoa (reaktiivisen) puhelinohjauksen ominaispiirteistä, edellytyksistä hoitajalta, laadun arvioinnista ja vaikutuksista Puhelinohjauksen laatuun voidaan vaikuttaa panostamalla osaamiseen sekä sisällön toteuttamisen ja arvioinnin kehittämiseen ja sitä kautta myös vaikuttavuuden arviointiin. Puhelinohjauksen sisällön laadun ja ohjauksen vaikuttavuuden arviointia sekä hoitajien koulutusta tulee kehittää.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

Reaktiivinen puhelinohjaus tarjoaa monia mahdollisuuksia terveyspalvelujen järjestämiseen asiakaslähtöisesti, laadukkaasti ja vaikuttavasti Systemaattisen katsauksen tuloksia voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan puhelinohjauksen kehittämisessä erilaisissa hoitotyön ympäristöissä. Katsauksen tuloksien avulla voidaan osoittaa tarpeet puhelinohjausta toteuttavien hoitajien koulutukselle sekä puhelinohjausta tarjoavien yksiköiden johdolle.

Tutkimuksen tausta

Puhelinkontakteilla on keskeinen rooli terveydenhuollossa. Hoitajan toteuttamaa puhelinohjausta tapahtuu lähes kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Sillä on pyritty vaikuttamaan kiireellisten ja kiireettömien terveyspalveluiden koordinointiin, resursien tarkoituksenmukaiseen käyttöön sekä palvelujen saatavuuden tasavertaisuuteen (Lillrank ym. 2004, Peltonen 2009).

Terveyspalveluiden kehittyessä myös hoitajan työnkuva on muuttunut nopeasti (Kuokkanen 2005). Hoitotyön menetelmänä puhelinohjauksen merkitys on edelleen lisääntymässä ja tästä syystä sen kehittämistarpeet tulee huomioida (Greenberg 2009). Luonteeltaan puhelinohjaus on yksilöllistä ja siinä syntyy vuorovaikutteinen, tavoitteellinen hoitosuhde (Kääriäinen & Kyngäs 2005), joka pohjautuu hoitotyön päätöksentekoprosessiin sisältäen myös psykososiaalisen tuen (Wilson & Hubert 2002). Myös puhelinohjauksen tulee olla näyttöön pe-

rustuvaa, johon olennaisesti liittyy myös hoitotyön intervention arviointi.

Kansainvälisesti puhelinohjauspalvelujen järjestämistapa sekä erikoistuneisuus vaihtelevat valtioittain ja alueittain niiden sisällä (Greenberg 2009). Suomessakin järjestämistavat vaihtelevat. Hoitotyön toimintamalleja on Suomessa laadittu puhelinohjaukseen lähinnä organisaatiokohtaisesti (esim. Peltonen 2009).

Tieteellisessä kirjallisuudessa on yleinen suuntaus käyttää puhelinohjauksesta englanninkielistä termiä telephone triage tai telephone care (esim. Wilson & Hubert 2002). Käsitteiden kirjo on kuitenkin laaja, käsittäen kaikki ohjaus-käsitteen rinnakaistermit liitettynä puhelinkontaktiin. Tässä tutkimuksessa käytettiin termiä reaktiivinen puhelinohjaus tarkoittamaan hoitajan puhelimitse antamaa yksilöllistä, asiakkaan terveydentilaan liittyvää ohjausta. Reaktiiviseksi ohjaukseksi voidaan kutsua asiakkaan aloitteesta tapahtuvaa, ennalta suunnittelematonta puhelinohjausta. (Pan 2006, Den-

nis & Kingston 2008). Hoitajalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan sairaan- tai terveydenhoitajan tai vastaavan kansainvälisen ammatillisen pätevyyden omaavaa henkilöä.

Kansainvälistä tutkimustietoa puhelinohjauksesta on saatavilla, mutta olemassa olevaa ajankohtaista tietoa ilmiöstä ei ole koottu yhteen. Tieto on pirstaleista, eikä se anna selkeää kuvaa hoitajan toteuttamasta puhelinohjauksesta. Tutkimuksista ei myöskään käy ilmi, millaista hoitajan puhelinohjaus on ja mitä se hoitajalta edellyttää. Kansallisesti aihetta on tutkittu vähän. Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa vastataan tähän ongelmaan ja kootaan yhteen puhelinohjausta koskeva tutkimustieto.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla hoitajan antamaa reaktiivista puhelinohjausta, sen edellytyksiä, arviointia ja vaikutuksia. Tavoitteena oli tuottaa hoitotieteellistä tietoa, jota voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan puhelinohjauksen kehittämisessä ja koulutuksessa. Tämä artikkeli, kuten tässä lehdessä julkaistu artikkeli proaktiivisesta puhelinohjauksesta (Orava ym. 2012), perustuvat samaan systemaattiseen katsaukseen. Kyseisen katsauksen aineiston

analyysi osoitti, että puhelinohjaus voidaan jakaa reaktiiviseen ja proaktiiviseen puhelinohjaukseen. Tässä artikkelissa raportoidaan reaktiivista puhelinohjausta koskevat tulokset.

Tässä artikkelissa vastataan kysymyksiin:

1. Mitkä ovat reaktiivisen puhelinohjauksen piirteet?
2. Mitä reaktiivinen puhelinohjaus hoitajalta edellyttää?
3. Miten hoitajan antamaa reaktiivista puhelinohjausta on arvioitu?
4. Millaisia vaikutuksia hoitajan antamalla reaktiivisella puhelinohjauksella on?

Katsauksen toteuttaminen

Aineiston baku ja valinta

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tapahtui järjestelmällisesti Medic, Medline-, Cinahl- ja Cochrane -tietokannoissa. Hakutermeiksi määriteltiin puhelinohjausta koskevia termejä noudattaen potilaan ohjaus-käsitettä (Kääriäinen & Kyngäs 2005) ja sen lähikäsitteitä (taulukko 1). Apuna hakusanojen määrittämiseen käytettiin MeSH-asiasanastoa, Kääriäisen & Kynkään (2005) käsiteanalyysia ohjauskäsitteestä sekä testihakuja tutkimukseen valituista tietokannoista. Hakustrategiat määriteltiin kussakin tietokannassa erikseen. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi

Taulukko 1. Tietokantabakujen hakusanat ja rajaukset.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset
MEDLINE (Ovid)	Patient education/referral and consultation/triage and telephone/phone/remote consultation/hotlines or gatekeeping	2004–17.10.2009 Abstrakti Kieli englanti, ruotsi, suomi
CINAHL (Ebsco)	Patient education/referral and consultation/triage and telephone/phone/remote consultation/hotlines or gatekeeping, telehealth and telephone	2004–17.10.2009 Kieli englanti, ruotsi, suomi
Cochrane (Ovid)	Patient education/referral and consultation/triage and telephone/phone/remote consultation/hotlines or gatekeeping	2004–17.10.2009 Abstrakti Kieli englanti, ruotsi, suomi
MEDIC	Potilasohjaus/ neuvon*/ potilasohj*/ tiedon antaminen/ opetu* and puheli*	2004–17.10.2009

tietokantahauissa käytettiin apuna informaattikkoa (Jenkins 2004, Pudas-Tähkä & Axelin 2007).

Tietokantahakujen lisäksi suoritettiin manuaalinen haku kansallisista hoitotieteellisistä lehdistä ja vähintään pro gradu-tasoisista opinnäytteistä vuosilta 2004–2009 sekä samalta aikajaksolta merkittävimmistä kansainvälisistä hoitotieteellisistä lehdistä, joiden viitetiedot olivat sähköisesti saatavilla. Opinnäytteet otettiin mukaan, koska muuten suomalaista tutkimustietoa aiheesta oli niukasti saatavana. Aikarajaukseen vaikuttivat aikaisemmat systemaattiset katsaukset, joiden alkuperäistutkimukset olivat tehty ennen vuotta 2004 sekä vuonna 2005 Suomessa voimaan tulleet lakiuudistukset, jotka käynnistivät kansallisesti puhelinohjauksen kehittämisen. Aineiston valinnassa käytettiin taulukossa 2 esitettyjä valinta- ja poissulkukriteereitä.

Tiedonhaun viitteitä tarkasteltiin vaiheittain, kaikista alkuperäistutkimuksista luettiin otsikot ja näiden perusteella hylättiin ne alkuperäistutkimukset, jotka eivät vastanneet valintakriteereitä. Mikäli vastaavuus ei selvinnyt otsikosta, käytiin seuraavassa vaiheessa läpi artikkelien abstraktit ja lopulta kokotekstit. (Jenkins 2004, Pudas-Tähkä & Axelin 2007). Tiedonhakuprosessi on esitetty kuviossa 1. Puhelinohjauksen käsitteen täsmällisen englanninkielisen vastineen puuttuessa tietokantahakuun osui artikkeleita, jotka eivät käsitelleet hoitajan ja asiak-

kaan välistä puhelinohjausta, kuten video-puhelut, ammattilaisten keskinäinen puhelinkonsultaatio tai -haastattelu. Suuri osa näistä viitteistä voitiin sulkea pois jo otsikon perusteella. Tässä artikkelissa raportoitavan aineiston kokonaismääräksi muodostui 43 alkuperäistutkimusta.

Aineiston laadun arviointi

Systemaattisen katsauksen luotettavuuden lisäämiseksi arvioitiin valintakriteerit täyttäneiden alkuperäistutkimusten laatu mukailemalla Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeeseen laadittuja laadun arviointikriteereitä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2004). Laadun arvioinnissa kiinnitettiin huomiota tutkimustuloksiin, niiden kliinisiin merkityksiin ja luotettavuuteen (taulukko 3). Katsauksen kokotekstien läpikäynnin jälkeen valitut alkuperäistutkimukset luokiteltiin laadun arviointikriteereiden avulla kolmeen laatuluokkaan mukailien SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2008) 50-käsikirjaa (taulukko 4).

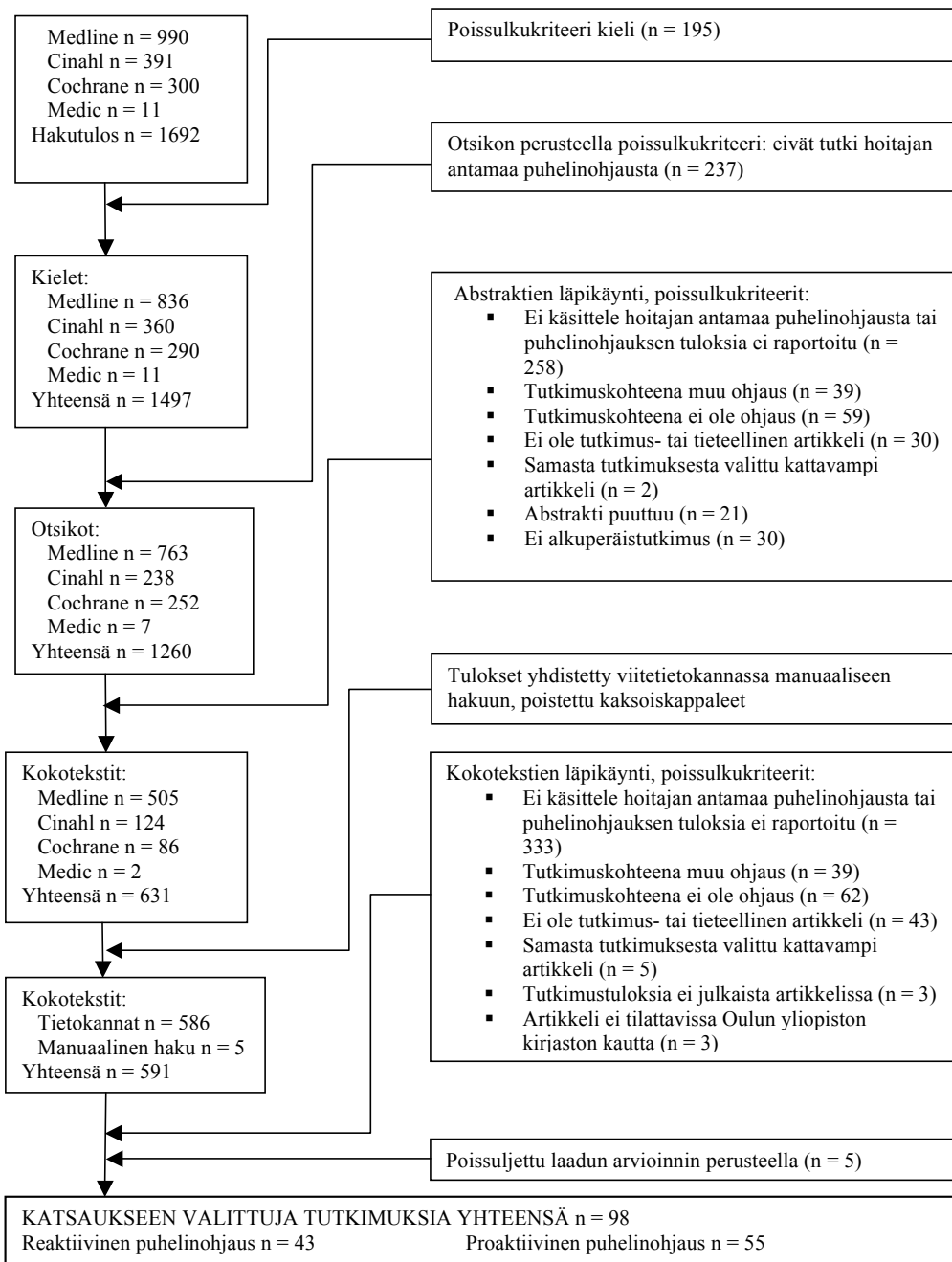
Aineiston analyysi

Tutkimuskysymysten luonteen vuoksi hyväksytyt julkaisut analysoitiin sisällön analyysillä. Pelkkä aineiston luokittelu (extraction) ei olisi antanut vastausta tutkimuskysymyksiin, vaan ne edellyttävät narratiivista raportointia. Lopullinen aineiston analyysi

Taulukko 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valinta- ja poissulkukriteerit.

Valintakriteerit	Poissulkukriteerit
– Tutkimuksen kohteena tai sen osana on hoitajan antama puhelinohjaus ohjauksen käsitteen määrittelyn mukaisesti	– Tutkimus käsittelee muun kuin hoitajan antamaa puhelinohjausta tai hoitajan antaman puhelinohjauksen tutkimustuloksia ei ole erikseen raportoitu
– Julkaisu on tieteellinen tutkimus tai alkuperäistutkimuksesta tehty artikkeli	– tutkimus käsittelee hoitajan antamaa muuta yleistä neuvontaa tai puhelinkontaktia
– Julkaisukieli on suomi, ruotsi tai englanti	– Ei-tieteellinen artikkeli
– Kansainväliset artikkelit on saatavissa Oulun Yliopiston kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta	– Artikkelit, joka ei perustu tutkimukseen
	– Tutkimuksen julkaisukieli on muu kuin suomi, ruotsi tai englanti
	– Artikkelit eivät ole saatavissa Oulun Yliopiston kirjaston tietokannoista eivätkä tilattavissa kaukopalvelun kautta.

Tiedonhaku 2004–17.10.2009, yhteensä 1692 viitettä*



* hakuprosessi koskee sekä reaktiivista että proaktiivista puhelinohjausta, joiden tulokset raportoidaan erikseen.

Taulukko 3. Alkuperäistutkimusten laadun arviointikriteerit (Hoitotyön tutkimussäätiö 2004).

Arvioitava tutkimuksen osa	Arviointiasteikko
1. Tutkimuksen yleiskuvaus <ul style="list-style-type: none"> – tausta ja tarkoitus – tutkimusasetelma, aineisto ja menetelmät – kohderyhmä – aineistonkeruu ja analysointimenetelmät – luotettavuus ja eettisyys – tulokset 	kyllä / ei / ei sovellu
2. Tulosten tulkinta	kyllä / ei / ei sovellu
3. Kliininen merkitys	kyllä / ei / ei sovellu
4. Tulosten soveltuvuus	kyllä / ei / ei sovellu

Taulukko 4. Laadun luokittelu Hoitotyön tutkimussäätiön (2004) ja SIGN 50 (2008) mukaan.

Luokka	Luokan selite
++	Kriteereistä kaikki tai lähes kaikki täyttyivät. Puuttuvilla osa-alueilla ei vaikutusta tulosten tulkintaan tai yleistettävyyteen tai puuttuvat osa-alueet raportoitu toisessa artikkelissa.
+	Usea kriteeri täyttyi. Muutamit puuttuvat kriteerit epätodennäköisesti vaikuttaisivat johtopäätöksiin tai tulosten yleistettävyyteen.
–	Harva tai ei mikään kriteereistä täyttynyt. Puutteita useassa arvioitavassa osa-alueessa. Vaikutus tulosten tulkintaan. Jätetään katsauksen ulkopuolelle.

tehtiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällön analyysin periaattein tutkimuskysymysten johdattamana alkuperäistutkimusten tuloksista (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä 2008).

Kokonaisuuden hahmottamiseksi alkuperäistutkimukset käytiin useaan kertaan läpi ja samalla niistä poimittiin tietoa liittyen tutkimuskysymyksiin (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä ym. 2008). Poimittu tieto kirjattiin mahdollisimman tarkkaan alkuperäistutkimuksen mukaan (Whittemore 2005). Seuraavaksi poimittu tieto koodattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, jotka ryhmiteltiin keskenään yhteen kuuluviin alakategorioihin. Tätä abstrahointiprosessia jatkettiin edelleen kunnes alakategoriat olivat toisensa poisulkevia. (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä ym. 2008.) Yläkategorioiden nimeämisessä hyödynnettiin deduktiivista näkökulmaa tutkimuskysymysten ohjaamana potilasohjauksesta.

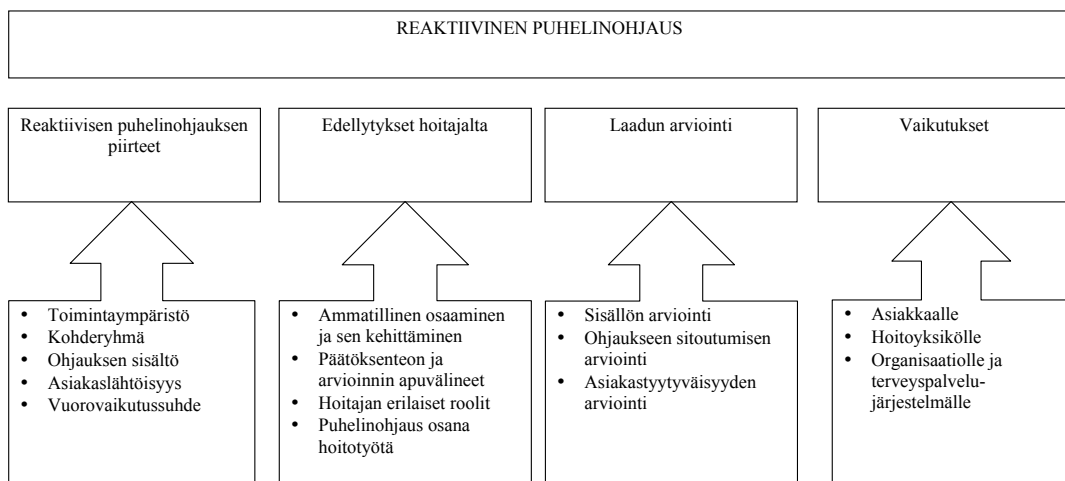
Tulokset

Reaktiivista puhelinohjausta kuvaavat keskeiset tulokset on esitetty kuviossa 2.

Reaktiivisen puhelinohjauksen piirteet

Reaktiivisen puhelinohjauksen piirteitä olivat toimintaympäristö, kohderyhmä, ohjauksen sisältö, asiakaslähtöisyys ja vuoro-vaikutussuhde.

Reaktiivisen puhelinohjauksen *toimintaympäristöinä* olivat tyypillisesti akuutteihin ongelmiin tarkoitetut terveydenhuollon puhelinpalvelut, yleisimmin puhelinpalvelukeskukset, eli ns. call centerit, mutta myös polikliiniset yksiköt, sairaalat sekä muut tahot. Call centerit olivat erikoistuneet esimerkiksi lasten terveysongelmiin (3, 6, 16, 17). Polikliiniset yksiköt taas tiettyyn asiakas- tai väestöryhmään, kuten uro-/gynekologiaan (31) tai lapsiin (2). Sairaaloista



Kuvio 2. Reaktiivinen puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä.

reaktiivista puhelinohjausta tarjottiin synnytyssairaalassa (14). Muita tahoja olivat terveen lapsen hoitotyöhön (27) sekä perusterveydenhuollon koko väestölle suunnatut puhelinohjauspalvelut (20, 29).

Typillisin reaktiivisen puhelinohjauksen *kohderyhmään* kuuluva asiakas oli työikäinen tai ikääntynyt nainen (24), tai lapsen terveydentilaan liittyvissä ongelmissa äiti (3, 16). Erityispiirteenä olikin ns. kolmas osapuoli, joka soitti varsinaisen avuntarvitsijan puolesta. Kolmantena osapuolena oli useimmin lapsen huoltaja (3, 16, 32), tai ikääntyneen läheinen (24, 32). Suurin osa puhelinohjauksesta tapahtui ilman olemassa olevaa hoitosuhdetta ohjausta tarjoavaan yksikköön. Hoitosuhteeseen perustuvaa puhelinohjausta oli suunnattu erityisryhmille (9, 23, 40, 41).

Reaktiivisen puhelinohjauksen *sisältö* oli sidoksissa käytettyyn aikaan ja ohjauksen tarpeeseen. Puhelinohjauskontakteihin käytetty aika vaihteli 5–18 minuutin välillä lisääntyen iän ja terveydentilan huonontumisen myötä (24, 28, 32, 36, 37). Käytettyyn aikaan vaikuttivat organisaation ohjeet, paikallisuus, toistuvuus, potilaskertomuksen käyttömahdollisuus sekä kirjaamisen systemaattisuus (20, 23, 28, 37). Puhelinohjaus

oli luonteeltaan usein akuutinomaista ja ennalta suunnittelematonta (36). Ohjauksen tarve saattoi olla kiireetöntä tai kiireellistä (3, 20, 31, 36, 42). Yleisimmin se liittyi terveydentilan ongelmiin sekä oireiden tai lääkityksen hallintaan (2, 3, 9, 20, 23, 32). Ohjausta tarvittiin myös toimenpiteisiin valmistautumiseen tai niistä toipumiseen (31).

Asiakaslähtöisyys ilmeni reaktiivisen puhelinohjauspalvelun saatavuudessa, yksilöllisyyden huomioon, asiakkaan aktiivisessa osallistumisessa, asiakkaan selviytymistä vahvistavana ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Puhelinohjauspalvelun saatavuus vaihteli alueellisesti ja paikallisesti (32, 41). Ohjaukselle oli luonteenomaista matala kynnyks ja yhteydenaanti oli väestön ulottuvilla myös asuinpaikan sijainnista riippumatta (2, 4). Hoitajat panostivat ohjauksessa asiakkaan yksilölliseen huomiointiin (10, 26). Erityisesti lasten terveysongelmissa huoltajat osallistuivat aktiivisesti päätöksentekoon (2). Puhelinohjauksella vahvistettiin asiakkaan omaa selviytymistä (43), tuettiin vanhemmuutta sairaan lapsen kotihoidossa sekä päätöksentekoa hoitoon hakeutumisessa (9, 27). Hoitosuhteeseen perustuvana puhelinohjaus toimi yhdistäjänä kodin ja sairaalan välillä (9, 23, 40). Hoitosuhteeseen

perustumattomissa ohjauskontakteissa jatkuvuuden turvaaminen ilmeni palvelun tuttuutena ja hoitajan vastuunottona (2, 15).

Reaktiivisen puhelinohjauksen *vuorovaiikutussuhteessa* korostuivat luottamus hoitajaan, hoitajan yhteistyötaidot ja vastavuoroinen vuorovaikutus. Luottamus syntyi asiakkaan vastaanottaessa yksilöllistä, taustatekijät huomioivaa ohjausta, jonka jatkuvuus ja saatavuus oli turvattu (2, 40). Hoitajan yhteistyötaitoihin liittyi asiakkaan kokemus hoitajasta ja tämän ammattitaidosta vuorovaikutussuhteessa. Hoitajan mahdollisuudet luoda laadukas ohjaustilanne hoitosuunnitelmiseen lisääntyivät hänen pystyessään tunnistamaan asiakkaan arvoperustan (37) sekä luomalla helposti lähestyttävän ja empaattisen ohjausilmapiirin (22). Ratkaisukeskeisestä ohjausmallista oli hyötyä vastavuoroisessa ohjaussuhteessa (27). Hoitaja ei aina osannut huomioida asiakkaan omaa päätöksentekoa tukevia tarpeita (36).

Reaktiivisen puhelinohjauksen edellytykset

Hoitajalta edellytettiin ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Hoitajalla oli päätöksenteon ja arvioinnin tukena erilaisia apuvälineitä. Ohjaussuhteessa hänellä oli erilaisia rooleja. Puhelinohjauksen asema osana hoitotyötä oli hoitajalle haastavaa.

Hoitajan ammatillinen osaaminen ja kehittäminen ilmenivät tiedollisena, taidollisena, eettisenä osaamisena, sen kehittämisena ja koulutuksena. Tiedollinen osaaminen edellytti tietoa erilaisista terveysongelmista sekä olemassa olevasta palvelujärjestelmästä (21, 42). Tiedolliset ohjaustaidot vaihtelivat ja vaihtelu saattoi vaikuttaa hoitajaan kykyyn selviytyä itsenäisesti puhelinohjauskontaktista (21, 25). Taidollinen osaaminen edellytti hoitajalta päätöksentekokykyä, kykyä auttaa asiakasta tekemään päätöksiä (41) sekä erinomaisia kommunikointitaitoja (33). Päätöksentekokykyä vaadittiin nopeaan tilannekartoitukseen, riittävään tiedonkeruuseen sekä asiantuntevien ratkaisuvaihtoehtojen esittämiseen (15, 41, 42). Tiedonkeruussa hoitaja hyödynsi sekä verbaalisia että non-verbaalisia vihteitä, ku-

ten ilmaisutapaa ja -voimakkuutta tai hengitystiheyden kaltaisia muita kuuluvia ääniä (42). Puhelinohjauksessa tärkeitä hoitotyön interventioita olivat selittäminen, suosittelu ja aktiivinen kuuntelu sekä ahdistuksen lievittäminen (23, 42). Kommunikatiotaitoihin sisältyi kyky tulkita sanottu (41) sekä selkeän ja ymmärrettävän ohjauksen antaminen (22).

Eettisestä näkökulmasta haasteena olivat autonomisuus, tinkimättömyys ja priorisointi. Asiakkaan tunnistamista tai kolmannen osapuolen asianhoito-oikeutta ei voinut tehdä varmuudella puhelimitse (13). Puhelinohjaussuhde edellytti uudenlaista orientoitumista työhön sekä ammatillisten arvojen pohdintaa suhteessa ohjauksen sisältöön, myös siihen kuinka paljon tietoa asiakkaalle annetaan (13, 27). Kolmas eettinen haaste oli riittämättömät terveystietojen resurssit; hoitajan oli aina perusteltava suosituksensa tarjolla olevien palvelujen mukaan (13, 42).

Osaamisen kehittämisen tarpeet näkyivät esimerkiksi vuorovaikutusosaamisen vajauksena. Strukturoitujen ohjeistuksien muuttaminen asiakkaalle yksilölliseen muotoon, asiakkaan oppimismekanismien ymmärtäminen, hänen kokemus- ja arvoperustan tunnistaminen sekä siihen pohjautuvan päätöksenteon tukeminen olivat hoitajille haasteellisia. (36.) Tästä huolimatta puhelinohjaus ja siihen liittyvien apuvälineiden käyttö kehitti hoitajien ammatillista osaamista (33).

Reaktiivista puhelinohjausta antavilta hoitajilta edellytettiin pitkää työkokemusta (13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 25, 28) ja koulutusta. Peruskoulutuksen lisäksi arvostettiin erikoistumiskoulutusta sekä puhelinohjaukseen suunnattua ammatillista koulutusta (2, 5, 6, 16, 17, 19, 26, 28, 33, 34, 37, 40, 42, 43). Hoitajien ohjauskoulutus ja sen edellytykset vaihtelivat paikallisesti, aina koulutusta ei edellytetty lainkaan (41). Koulutusta oli järjestetty kliniseen ohjaussisältöön (5), ohjausmenetelmään (18) tai asiakkaan omaa päätöksentekoa tukevaan ohjaukseen (37). Ohjaustekniikkaan liittyvää koulutusta esiintyi harvoin (18). Yksi koulutusinterventio ei kuitenkaan riittänyt ylläpitämään saa-

vutettuja taitoja (5, 18). Kehittämistarpeet liittyivät ohjausosaamisen koulutukseen (22, 35), sekä itse koulutuksen sisältöön ja sen arviointiin (5).

Hoitajat hyötyivät puhelinohjauksen lisäkoulutuksesta ja käyttivät oppimaansa todellisissa ohjaustilanteissa (18, 37). Samalla puhelinohjaukseen käytetty aika oli sisällöllisesti tehokkaampaa ja hoidon tarpeen ja -kiireellisyyden arvio asianmukaisempaa, mikä vaikutti puhelinohjauksen laatuun (8, 18, 37).

Reaktiivisessa puhelinohjauksessa käytettiin *päätöksenteossa ja arvioinnissa apuvälineitä*, kuten hoito- ja toimintaohjeita, muuta ohjeistusta ja konsultaatiota. Apuvälineet toimivat ohjausta tukevinä tai estävinä tekijöinä. Erilaiset hoito- ja toimintaohjeet olivat kirjallisia tai tietokoneohjelmia (1, 8, 16, 30). Valmiiden strukturoitujen ohjeiden luominen kiireetömiin tilanteisiin oli haastavaa (42), koska ne eivät huomioineet hoitajan empatia- tai kommunikaatiotaitoja eivätkä asiakkaan kontekstia (10, 26). Ohjeistusten rakentamisen haasteena olivat myös terveystieteen paikalliset vaihtelut ja yksiköiden sisäinen toiminta (29). Oli kuitenkin tärkeää, että ohjeistukset olivat helposti hoitajan ulottuvilla (39).

Joissakin palveluissa hoitaja oli ”pakotettu” käyttämään strukturoituja apuvälineitä ja toisissa käyttö oli vapaaehtoista. Tyypillisiä apuvälineiden käyttö oli call center-tyyppisissä yksiköissä. (3–7, 10–12, 17–19, 25, 28, 33, 35, 36, 39, 43.) Tietokoneohjelmat oli tarkoitettu yhdenmukaistamaan ja lisäämään puhelinohjauksen laatua (7). Suurin apu tietokoneohjelmasta oli akuuttien ongelmien ratkaisemisessa, mutta rajallinen kiireetömissä kotihoito-ohjauksessa (12). Tietokoneohjelma ei voinut korvata hoitajan ammatillisuutta, vaan sen rooli oli parhaimmillaan täydentävä (7). Hoitajan ammatillisuus näkyi myös siinä, että hän kykeni tekemään standardoidusta ohjauksesta yksilöllistä (26). Muu ohjeistus oli esimerkiksi näyttöön perustuva hoitosuositus (30) tai pääsy sairauskertomukseen (9, 23, 28, 40, 41). Hoitajalla oli joskus myös mahdollisuus konsultoida puhelinlääkärää (21) tai muuta asiantuntijaa (9).

Apuvälineet olivat ohjausta tukevia tekijöitä (7, 36). Tietokoneohjelma tuki hoitajan antamaa puhelinohjausta yksinkertaistamalla, täydentämällä, tuomalla ammatillista varmuutta sekä lisäämällä hoitajan luotettavuutta (7, 18). Ohjelma edesauttoi arviointiprosessia ohjaamalla tiedonkeruuta (12). Organisaation infrastruktuuri oli myös ohjausta edistävä tekijä luoden puitteet edellä mainituille apuvälineille (36). Ohjausta estävinä tekijöinä olivat saatavilla olevien apuvälineiden rajalliset käyttömahdollisuudet sekä ohjeiden puuttuminen (36, 41). Tietokoneohjelma saattoi toimia hoitajan omien ongelmanratkaisu- ja ohjaustaitojen esteenä (7, 18). Tietokoneohjelman ja päätöksenteon välillä saattoi olla myös ristiriita suosituksen ja tarjolla olevien palvelujen välillä (7, 12). Organisaatiosta lähtöisin oleva este ohjaukselle oli esimerkiksi rajoitettu ajankäyttö ohjauskontaktiin tai hoitajan rooli portinvartijana (15, 36).

Hoitajan rooli puhelinohjauksessa oli ohjaaja, neuvoja tai opettaja, aktiivinen kuuntelija, oppimisen mahdollistaja sekä vahvistaja. Samassa laadukkaassa ohjaustilanteessa vuorottelivat nämä kaikki elementit. Hoitajan rooliin kuului ohjauksen lisäksi joskus autoritäärisiä piirteitä, koska hänen tuli nopeasti arvioida ja priorisoida olennainen asiakkaan ongelmasta. Opettajana hoitaja rohkaisi asiakasta omatoimiseen tiedonetsintään, mutta toisinaan myös valikoi mitä tietoa hän asiakkaalle antoi (15). Rooli aktiivisena kuuntelijana oli tärkeä (15, 23), myös asiakkaiden mielestä (22). Hoitajan tehtävänä oli luoda yksilöllisen oppimisen mahdollistava vuorovaikutus- ja yhteistyösuhde, joka antoi myös asiakkaalle tilaa (15). Miellyttävä, holhoamaton ilmapiiri vahvisti, rohkaisi ja tuki asiakaslähtöisesti itsehoitokykyä (15, 22, 23).

Puhelinohjaus oli *osa hoitotyötä*. Itsenäisen ja haasteellinen työ stimuloi hoitajia kehittämään jatkuvasti osaamistaan. Sopivan persoonallisuuden ja itseluottamuksen lisäksi kokemus omasta ammattitaidosta vaikutti puhelinohjaukseen (39). Itsenäisesti työskentelevillä hoitajilla oli vahva luottamus omaan osaamiseensa (26). Osaamisestaan epävarmuutta tuntevat hoitajat hyö-

dynsivät muita useammin olemassa olevia apuvälineitä ja ohjasivat asiakkaan terveyspalvelujen piiriin (25). Hoitajat tunsivat itsensä usein suojattomaksi työssään. He olivat jatkuvasti alttiina kritiikille kollegojen, muiden terveydenhuollon palveluyksiköiden ja asiakkaiden taholta (33, 39). Hoitajat kuitenkin arvostivat ammattitaitoaan ja olivat tyytyväisiä työhönsä juuri sen haastavuuden vuoksi (33, 35, 39). Hoitajat, joiden päätoimenkuvaan puhelinohjaus ei kuulu, kyseenalaistivat puhelinohjauksen aseman ”todellisena hoitotyönä” (33).

Reaktiivisen puhelinohjauksen laadun arviointi

Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua oli arvioitu ohjauksen sisällön, ohjaukseen sitoutumisen ja muiden tekijöiden perusteella.

Puhelinohjauksen *sisällön arvioinnissa* kiinnitettiin huomiota sisällön oikeellisuuteen, vaihtelevuuteen, dokumentointiin ja käytettyihin arviointimenetelmiin. Ohjauksen sisältö ja kiireellisyysluokittelu oli asianmukaista, mutta sisällön laatu vaihteli arviointitavasta ja organisaatiosta riippuen (1, 8, 11, 19, 29). Hoitajat olivat taipuvaisia yliarvioimaan kiireellisyyttä (11, 17, 19), lisäksi tiedonkeruun riittävyys oli ajoittain puutteellista (29). Hoitajan tai lääkärin suosituksesta ensiapuun lähetettyjen kiireellisyden arviointi oli samansuuntainen (1).

Samana yksikön eri hoitajien välillä ohjauksen sisältö ja lopputulos vaihtelivat (21). Akuuttihoitotyön taustan omaavat antoivat muita useammin kotihoito-ohjeita, muilla taustatekijöillä, kuten koulutuksella, kliinisellä työkokemuksella tai hoitajan sijainnilla, ei ollut vaikutusta ohjauksen lopputulokseen (8, 25, 35). Päätöksentekoon ja ohjauksen lopputulokseen vaikuttivat saatavilla olevat terveyspalvelut ja se, oliko asiakkaalla jo olemassa oleva hoitosuhde johonkin palveluun (4, 42).

Puhelinohjauksen sisällön dokumentointia voitiin hyödyntää laadun arvioinnissa, uusintakontakteissa sekä laillisena todisteenä annetusta ohjauksesta (19). Dokumentointi ja sen vastaavuus ohjeistuksiin oli vaihtelevaa erityisesti polikliinisissa yksi-

köissä (41), kun taas call centreissä se oli arvioitu asianmukaiseksi (19, 20). Asiakkaan tunnistamisen dokumentointi oli usein niukkaa (20).

Sisällön laatua arvioitiin nauhoitettujen puheluiden, simuloitujen potilassoittojen sekä apuvälineiden käyttökelpoisuuden avulla. Call centreissä laadun arvioimiseksi puhelut nauhoitettiin (18). Nauhoituksia arvioivat ulkopuoliset hoitaja- ja lääkäri-asiantuntijat (11, 29) tai tutkijat (18). Puhelinohjauksen tai siihen liittyneen koulutusintervention arvioinnissa oli käytetty simuloituja potilassoittoja (8, 35, 37). Nauhoitettuja puheluita arvioitiin harvoin mittarin avulla (18), yleensä arviointi perustui asiantuntijoiden mielipiteisiin (11). Ohjeistuksen soveltuvuutta käyttötarkoitukseensa arvioitiin yhdessä tutkimuksista (5).

Ohjaukseen sitoutumisen arvioinnissa oli arvioitu, miten asiakas sitoutui noudattamaan hoitajan suositusta jatkohoitopaikasta (17, 19, 20, 34). Sitoutuminen ohjauksiin vaihteli ja oli pääsääntöisesti hyvää (4, 16, 19, 20, 38). Kiireelliseen hoitoon ohjattujen sitoutuminen oli parempaa (17, 34) suhteessa kiireettömään hoitoon (17). Ohjauksen noudattamatta jättämiseen saattoivat vaikuttaa epäselvä ohjaus (1) tai lasten terveyden-tilan nopeat muutokset (16).

Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua arvioitiin myös *asiakastytyväisyyden* osalta kyselyin (esim. 2, 16) tai haastatteluin (esim. 4, 43). Suurin osa asiakkaista oli tyytyväisiä palveluun ja saamaansa ohjaukseen, ymmärtäneet sen ja kokeneet terveysongelmansa tulleen ratkaistuksi (2, 4, 16, 22, 30, 43). Terveemmät olivat yleensä muita tyytyväisempiä (22). Tyytyväisyyteen oli myös yhteydessä se, että asiakkaat säästivät tarpeettomilta vastaanottokäynneiltä (4, 30) ja palvelun olemassaolo lisäsi turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta (9). Laadun arviointia voitiin hyödyntää myös koulutusarpeiden kartoittamiseen sekä johtamisen apuvälineenä (29). Arviointi ei aina ollut systemaattista, esimerkiksi polikliinisista yksiköistä ainoastaan puolessa oli ohjausta arvioitu jollain tavalla (41).

Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset

Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset kohdistuivat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveystalv palveluja tuottaviin organisaatioihin ja terveystalv palvelujärjestelmään.

Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset *asiakkaille* ilmenivät ohjauksen turvallisuutena, kontaktin vaivattomuutena ja omien ratkaisujen tukemisena. Puhelinohjaus osoittautui asiakkaille lähes aina turvalliseksi, riippumatta siitä, mistä ohjaus annettiin (20, 29, 35), yhden tutkimuksen tulokset olivat toisen suuntaisia (8). Yhtään kuolemantapausta ei raportoitu (17). Potilasturvallisuus lisääntyi myös niiden asiakkaiden kohdalla, jotka eivät osanneet arvioida omaa tai lapsensa terveydentilaa välitöntä hoitoa vaativaksi (6). Reaktiivinen puhelinohjaus toimi vaivattomana väylänä asiakkaan omien ratkaisujen tukena (4, 30).

Puhelinohjauksen vaikutukset *hoitoyksikölle* liittyivät käyntimääriin, asiakasvirtojen koordinointiin ja työn kuormittavuuteen. Reaktiivinen puhelinohjaus vähensi päivystysyksiköiden käyntimäärää. Huomattava osa asiakkaista olisi hakeutunut päivystysyksikköön, mikäli puhelinohjauspalvelua ei olisi ollut saatavilla (2, 6, 9, 16). Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa call centerin olemassaolo arvioitiin ensiavun näkökulmasta vähäiseksi (34). Vastaanottokäyntien määrä väheni useammin silloin kun puhelinohjaus oli järjestetty omana toimintana (28), toisaalta oikea-aikaiseen hoitoon ohjautuminen saattoi tilapäisesti lisätä kiireettömiä käyntejä (2). Asiakasvirtojen koordinoinnin tehostuminen ilmeni suunnittelemattomien käyntien vähenemisenä (2, 30), mahdollisuutena tehtävänsiirtoon lääkärin ja hoitajan välillä (2) sekä päivystysyksikön valmiuden paranimisena (40). Käyntimäärien väheneminen ja asiakasvirtojen koordinointi laskivat hoitoyksiköiden työn kuormittavuutta (2).

Reaktiivisella puhelinohjauksella oli myös vaikutuksia *organisaatioille ja terveystalv palvelujärjestelmälle*. Reaktiivisen puhelinohjauksella voitiin vuositasolla vähentää terveystalv palvelujen järjestämisestä koituvia kustannuksia (4, 6, 19). Resurssien säästö ilmeni esimerkiksi kotikäyntiä korvaavana

(14) tai välttyttäessä tarpeettomilta laboratoriotutkimuksilta (30). Puhelinohjaus osoittautui vaikuttavaksi menetelmäksi asiakkaan hoidon saatavuuden helpottamiseksi (2, 9) ja ohjautumisena tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan (2, 4).

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Tämä on ensimmäinen suomenkielinen systemaattinen katsaus reaktiivisesta puhelinohjauksesta. Systemaattisen katsauksen tuloksia voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan potilastalv ohjauksen kehittämisessä, terveystalv palvelujen järjestämisessä ja hoitotyön koulutuksessa.

Reaktiivinen puhelinohjaus oli usein akuutinomaista ja lähestyi luonteeltaan tiedon antamista ja neuvontaa, mikä sopii hyvin tilanteisiin, joissa tarvitaan nopeita ratkaisuja. Ennakoimattomuus ja kertaluonteisuus olivat haasteena ohjaussuhteen luomiselle (vrt. McKinstry ym. 2009). Tästä huolimatta reaktiivinen puhelinohjaus sisälsi myös hoidollisia elementtejä. Kiireellisyysluokitteluun pohjautuva ohjauskontakti saattaa joskus piilottaa nämä näkökulmat (Wilson & Hubert 2002). Puhelinohjaus soveltuu menetelmänä eri elämänkaaren vaiheissa tapahtuvaan ohjaukseen. Joskus yhteydenottaja oli muu kuin varsinainen avuntarvitsija, mikä asettaa haasteita tietosuojalle ja toisaalta potilastalv turvallisuudelle silloin, kun terveydentilaan vaikuttavia asioita jää huomiotta (Wahlberg ym. 2003). Reaktiivisen puhelinohjauksen etuna oli tavoitettavuus sekä vastavuoroinen ja ammatillinen ohjaussuhde. Esimerkiksi Internet-pohjaiset ohjausmenetelmät ovat nykyään kasvava vaihtoehto erilaisiin terveystalv ongelmiin, koska niiden tavoitettavuus on suuri. Niiden mahdollisuudet vastata monipuolisesti ja yksilöllisesti akuutteihin terveystalv ongelmiin ovat kuitenkin rajalliset, etenkin resurssien ja osaamisen näkökulmista. (Anderson & Klemm 2008.)

Hoitajilta edellytetyt pätevyysvaatimukset, hoitajien ohjaustaidot sekä osaamisen

taso olivat vaihtelevia. Hoitajat myös tunnustivat osaamistarpeensa. Tästä huolimatta niihin liittyvään koulutukseen ei oltu juuri tutkimuksellisesti puututtu. Osaamisella ja koulutuksella on osoitettu olevan merkitystä ohjausinterventioiden vaikutuksiin (Greenberg 2009). Puhelinohjauksen yhtenäisen kehittämisen tarpeet on todettu myös kansallisesti (Peltonen 2009). Reaktiivista puhelinohjausta toteuttavien hoitajien tehtävä oli yksinäinen ja suojaton. Hoitajat olivat kuitenkin tyytyväisiä työhönsä ja tunnustivat puhelinohjauksen aseman osana hoitotyötä, mikä lisäsi motivaatiota ja mielekkyyttä (Holmström & Dall’Alba 2002). Toisaalta ”tekemään” tottuneille hoitajille tehtävä ei sovi (Quallich 2003).

Puhelinohjauksen laadun arvioinnissa keskityttiin useimmin lääketieteellisiin lopputuloksiin. Sisällön arviointi perustui usein nauhoitettuihin tai simuloituihin ohjauspuheluihin, testattuja mittareita oli käytetty harvoin. Ohjauksen sisällön hoitotyöhön liittyvien ominaisuuksien arviointia ei juuri ollut, niiden arvioimiseen tuleekin kiinnittää huomiota (Greenberg 2009).

Vaikuttavuutta oli osoitettavissa monella tasolla. Reaktiivinen puhelinohjaus oli asiakkaille yleensä turvallista, ainoastaan yhdessä alkuperäistutkimuksessa tulokset antoivat aihetta epäillä muuta. Ohjauksen vaikuttavuuteen liitettyä kykyä hyödyntää saatua ohjausta vastaavissa tilanteissa ei oltu tutkittu (Lauver ym. 2002). Vaikutukset käyntimääriin ja asiakasvirtojen koordinoitiin olivat osoitettavissa erityisesti silloin, kun reaktiivinen puhelinohjaus oli järjestetty omana toimintana ja sen tavoite liittyi hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointiin. Organisaatiotasolla säästettiin resursseja ja kustannuksia, mikä on esitetty myös muissa tutkimuksissa (Bunn ym. 2005).

Katsauksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusprosessi ja tutkimustulokset raportoitiin tieteellisen tutkimuksen etiikkaa noudattaen. Prosessin järjestelmällisellä kuvaamisella pyrittiin lisäämään sen läpinäkyvyyttä ja toistettavuutta. Alkuperäistutkimusten kirjoittajat ovat vastuussa esitettyjen

tulosten kattavuudesta. Yksittäinen katsaus on aina rajallinen ja sen raportointiin liittyy myös subjektiivisuutta (Jenkins 2004). Ainoastaan positiivisten tai tilastollisesti merkitsevien tulosten ottaminen analyysiin saattaa vääristää katsauksen tuloksia. Tämä eettinen näkökohta huomioiden tuloksissa raportoitiin myös muista eroavia tai negatiivisia tuloksia (esim. Giesen ym. 2007).

Hakuprosessin kattavuutta ja systemaattisuutta vahvistettiin tekemällä yhteistyötä informaattikon kanssa. Lopullinen aineiston valinta noudatti etukäteen huolellisesti laadittuja valinta- ja poissulkukriteereitä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007.) Aineiston valinnan suoritti yksi henkilö, mikä voi heikentää katsauksen luotettavuutta (Whittemore 2005). Sen minimoimiseksi tutkija kävi aineiston läpi huolellisesti useita kertoja.

Katsauksen valitut alkuperäistutkimukset olivat läpäisseet tieteellisen arvioinnin. Alkuperäistutkimusten laatu arvioitiin valmiilla Hoitotyön tutkimussäätiön mittarilla ja arviointiluokittelu pohjautui SIGN 50-oppaaseen, samaa luokitteluasteikkoa on käytetty myös muissa systemaattisissa katsauksissa (Goldsmith ym. 2007). Luotettavuutta saattaa heikentää se, että lähes kaikki tiedonhakuprosessissa löytyneet artikkelit oli julkaistu englannin kielellä, ruotsinkielistä tai julkaisematonta kotimaista aineistoa ei löytynyt. Toisaalta lopullinen aineisto oli suuri ja tuloksissa ilmeni saturatiota. Hakuprosessissa valittiin samasta tutkimuksesta julkaistuista artikkeleista kokonaisuudeltaan kattavin tai eri tutkimustuloksia raportoiva artikkeli.

Alkuperäistutkimuksista noussut aineisto analysoitiin sisällön analyysin periaatteita noudattaen, koska tutkimuskysymysten luonne edellytti tätä. Sisällön analyysin luotettavuuteen vaikuttavan pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin vaarana on pelkistetyin ilmaisin tarkoituksen muuttuminen. Johdonmukaisuutta pyrittiin vahvistamaan käyttämällä alkuperäisilmaisuja tarkistuslistana. (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä 2008.) Analysoidut tutkimukset olivat tyypeiltään heterogeenisia, mikä oli eduksi tälle systemaattiselle katsaukselle, koska tarkoituksena oli kuvata puhelinohjauksen vaikutusten

lisäksi itse ilmiötä. Systemaattinen katsaus oli luonteeltaan kuvaileva. Analyysin tulokset raportoitiin synteessä, jolloin alkupe-
rätutkimusten tutkimustyyppiä ei pyritty
tuloksiin nähden erottamaan toisistaan
(Goldsmith ym. 2007).

Katsauksessa saatiin vastaukset tut-
kimuskysymyksiin. Alkuperäistutkimuksissa
kuvaillaan puhelinohjausta hyvin erilaisten
terveyspalvelujärjestelmien toimintaym-
päristöissä, ainoastaan yksi niistä oli koti-
mainen. Tästä syystä puhelinohjaukseen
liittyviä tutkimustuloksia tulee varovaisesti
soveltaa sellaisenaan Suomen olosuhteisiin.
Toisaalta katsauksen tarkoituksena oli ku-
vata puhelinohjausta yleisesti, jolloin ana-
lyysin ja synteessin lopputuloksena muodos-
tui yleistettävämpi kuva puhelinohjaukses-
ta.

Johtopäätökset

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pe-
rusteella voidaan todeta seuraavaa:

1. Reaktiivisen puhelinohjauksen kohde-
ryhmänä ovat eri elämänkaaren vaiheis-
sa olevat asiakkaat, joiden ohjaustarpeet
liittyvät yleensä akuuttiin terveydentilan
muutokseen. Ohjauskontakti tapahtuu
asiakkaan aloitteesta, eikä se yleensä
pohjaudu aikaisempaan hoitosuhtee-
seen. Parhaimmillaan reaktiivinen puhe-
linohjaus on asiakaslähdistä ja perustuu

luottamukselliseen vuorovaikutussuhtee-
seen.

2. Reaktiivisessa puhelinohjauksessa hoita-
jalta edellytetään ammatillista osaamista
ja sen kehittämistä. Hoitaja käyttää pää-
töksenteossa ja arvioinnissa erilaisia apu-
välineitä. Hoitajan rooli on hyvin itsenäi-
nen, apuvälineinä hänellä on strukturoi-
tuja ohjeita. Reaktiivisen puhelinohjauk-
sen asema osana hoitotyötä on hoitajal-
le haastavaa.
3. Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua on
arvioitu ohjauksen sisällön, ohjaukseen
sitoutumisen ja muiden tekijöiden perus-
teella. Ohjauksen laadun arvioinnissa
tulee kiinnittää huomiota ohjauksen si-
sällön ja soveltuvuuden arviointiin, in-
tervention rakenteeseen, ohjaustekniik-
kaan sekä hoitajien osaamiseen, taitoihin
ja koulutukseen.
4. Reaktiivisen puhelinohjauksen vaikutuk-
set kohdistuivat asiakkaisiin, hoitoyksi-
köihin, terveyspalveluja tuottaviin orga-
nisaatioihin ja terveyspalvelujärjestel-
mään. Asiakkaisiin kohdistuvien vaiku-
tusten arviointia tulee kehittää.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: MO, aineistonkeruu:
MO, aineiston analysointi: MO, käsikirjoituksen
kirjoittaminen: MO, HK, MK, käsikirjoituksen
kommentointi: HK, MK.

LÄHTEET

- Anderson A & Klemm P. 2008. The Internet: Friend or
Foe When Providing Patient Education? *Clinical
Journal of Oncology Nursing* 12 (1), 55–63.
- Bunn F, Byrne G & Kendall S. 2005. The Effects of
Telephone Consultation and Triage on Health Care
Use and Patient Satisfaction: A Systematic Review.
British Journal of General Practice 55 (521), 956–
961.
- Dennis C & Kingston D. 2008. A systematic review of
telephone support for women during pregnancy and
the early postpartum period. *Journal of Obstet-
ric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 37 (3),
301–314.
- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content ana-
lysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1),
107–115.
- Greenberg M. 2009. A comprehensive model of the
process of the telephone. *Journal of Advanced Nur-
sing* 65 (12), 2621–2629.
- Goldsmith M, Bankhead C & Austoker J. 2007. Synt-
hesising quantitative and qualitative research in
evidence-based patient information. *Journal of Epi-
demiology and Community Health* 61 (3), 262–270.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2004. *Hoitotieteellisellä
näytöllä tuloksiin hoitotyössä. Käsikirja hoitotyön
suositusten laadintaan.* <http://www.hotus.fi/>

- Bin/102890/Naytollatuloksiinikasikirja120404.pdf / 25.4.2009
- Holmström I & Dall'Alba G. 2002. "Carer and gatekeeper" – Conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16 (2), 142–148.
- Jenkins M. 2004. Evaluation of methodological search filters – a review. *Health Information and Libraries Journal* 31 (3), 148–163.
- Kuokkanen L. 2005. Sairaanhoidajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo? *Tutkiva hoitotyö* 2 (4), 18–24.
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 250–258.
- Kylmä J, Rissanen M-L, Laukkanen E, Nikkonen M, Juvakka T & Isola A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällyönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2), 23–29.
- Lauver D, Ward S, Heidrich S, Keller M, Bowers B, Brennan P, Kirchhoff K & Wells T. 2002. Patient-Centered Interventions. *Research in Nursing & Health* 25(4), 246–255.
- Lillrank P, Kujala J & Parvinen P. 2004. *Keskeneräinen potilas. Terveystuotannonohjaus*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D & Sheikh A. 2009. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *British Journal of General Practice* 59 (563), e209–e218.
- Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 232–243.
- Pan W. 2006. Proactive telephone counseling as an adjunct to minimal intervention for smoking cessation: a meta-analysis. *Health Education Research* 21 (3), 416–427.
- Peltonen E. 2009. *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 168. Kopijyvä, Kuopio.
- Pudas-Tähkä S-M & Axelin A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51, Turku.
- Quallich S. 2003. Caller ID: The Art of Telephone Triage. *Urologic Nursing* 23 (3), 229–231.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2008. SIGN 50. *A guideline developer's handbook*. Edinburgh. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/full-text/50/index.html/25.2.2010>.
- Wahlberg A, Cederund E & Wredling R. 2003. Telephone nurse's experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 12 (1), 37–45.
- Whittemore R. 2005. Combining Evidence in Nursing Research. Methods and Implications. *Nursing Research* 54 (1), 56–62.
- Wilson R & Hubert J. 2002. Resurfacing the Care in Nursing by Telephone: Lessons from Ambulatory Oncology. *Nursing Outlook* 50 (4), 160–164.

KATSAUKSEEN VALITUT ALKUPERÄISTUTKIMUKSET

- Al-Abdullah T, Plint A, Shaw A, Correll R, Gaboury I, Pitters C, Bottaglia A & Clifford T. 2009. The appropriateness of referrals to a pediatric emergency department via a telephone health line. *Canadian Journal of Emergency Medical Care* 11 (2), 139–148.
- Beaulieu R & Humphreys J. 2008. Evaluation of a telephone advice nurse in a nursing faculty managed pediatric community clinic. *Journal of Pediatric Health Care* 22 (3), 175–181.
- Belman S, Chandramouli V, Schmitt B, Poole S, Hegarty T & Kempe A. 2005. An assessment of pediatric after-hours telephone care: a 1-year experience. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 159 (2), 145–149.
- Bogdan G, Green J, Swanson D, Gabow P & Dart R. 2004. Evaluating patient compliance with nurse advice line recommendations and the impact on healthcare costs. *The American Journal of Managed Care* 10 (8), 534–542.
- Boutin H, Robichaud P, Valois P & Labrecque M. 2006. Impact of a continuing education activity on the quality of telephone interventions by nurses in an adult asthma client base. *Journal of Nursing Care Quality* 21 (4), 335–343.
- Bunik M, Glazner J, Chandramouli V, Emsermann C, Hegarty T & Kempe A. 2007. Pediatric telephone call centers: how do they affect health care use and costs? *Pediatrics* 119 (2), e305–313.
- Ernesater A, Holmstrom I & Engstrom M. 2009. Telenurses' experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing* 65 (5), 1074–1083.
- Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W & Grol R. 2007. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality & Safety of Health Care* 16 (3), 181–184.

9. Gischler S, Mazer P, Poley M, Tibboel D & van Dijk M. 2008. Telephone helpline for parents of children with congenital anomalies. *Journal of Advanced Nursing* 64 (6), 625–631.
10. Greatbatch D, Hanlon G, Goode J, O’Cathain A, Strangleman T & Luff D. 2005. Telephone triage, expert systems and clinical expertise. *Sociology of Health & Illness* 27 (6), 802–830.
11. Hogenbirk J & Pong R. 2004. An audit of the appropriateness of teletriage nursing advice. *Telemedicine Journal & E-Health* 10 (1), 53–60.
12. Holmstrom I. 2007. Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing and Health Science* 9 (1), 23–28.
13. Holmstrom I & Høglund A. 2007. The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing* 16 (10), 1865–1871.
14. Janssen P, Still D, Klein M, Singer J, Carty E, Liston R & Zupancic J. 2006. Early labor assessment and support at home versus telephone triage: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 108 (6), 1463–1469.
15. Kaminsky E, Rosenqvist U & Holmstrom I. 2009. Telenurses’ understanding of work: detective or educator? *Journal of Advanced Nursing* 65 (2), 382–390.
16. Keatinge D & Rawlings K. 2005. Outcomes of a nurse-led telephone triage service in Australia. *International Journal of Nursing Practice* 11 (1), 5–12.
17. Kempe A, Bunik M, Ellis J, Magid D, Hegarty T, Dickinson L & Steiner J. 2006. How safe is triage by an after-hours telephone call center? *Pediatrics* 118 (2), 457–463.
18. King E, Gregory R, Schlundt D, Garton R, Fielder M, Snow D & Pichert J. 2007. The effect of problem-solving training on the counseling skills of telephonic nurse care managers. *Journal for Nurses in Staff Development* 23 (5), 229–237.
19. Marklund B, Strom M, Mansson J, Borgquist L, Baigi A & Fridlund B. 2007. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of Nursing Management* 15 (2), 180–187.
20. Martikainen E, Turunen A & Äijälä O. 2007. *Pubelinneuvontadokumentointi vaatimustenmukaisuus ja pubelinneuvonnan vaikuttavuus. Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja No 1. Pohjois-Karjalan keskussairaala, Joensuu.*
21. Moll van Charante E, ter Riet G, Drost S, van der Linden L, Klazinga N & Bindels P. 2006. Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. *BMC Family Practice* 7, 74.
22. Moscato S, Valanis B, Gullion C, Tanner C, Shapiro S & Izumi S. 2007. Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services. *Clinical Nursing Research* 16 (2), 119–137.
23. Nishigaki M, Shimada M, Ikeda K, Kazuma K, Oga-
ne M, Takeda K, Yamada Y, Fukuyama Y, Ito S, Kishigami F & Kimura S. 2007. Process and contents of telephone consultations between registered nurses and clients with HIV/AIDS in Japan. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care* 18 (6), 85–96.
24. North F & Varkey P. 2009. A retrospective study of adult telephone triage calls in a US call centre. *Journal of Telemedicine & Telecare* 15 (4), 165–170.
25. O’Cathain A, Munro J, Armstrong I, O’Donnell C & Heaney D. 2007. The effect of attitude to risk on decisions made by nurses using computerized decision support software in telephone clinical assessment: an observational study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 7, 39.
26. O’Cathain A, Sampson F, Munro J, Thomas K & Nicholl J. 2004. Nurses’ views of using computerized decision support software in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing* 45 (3), 280–286.
27. Polaschek L & Polaschek N. 2007. Solution-focused conversations: a new therapeutic strategy in well child health nursing telephone consultations. *Journal of Advanced Nursing* 59 (2), 111–119.
28. Richards D, Godfrey L, Tawfik J, Ryan M, Meakins J, Dutton E & Miles J. 2004a. NHS Direct versus general practice based triage for same day appointments in primary care: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal* 329 (7469), 774.
29. Richards D, Meakins J, Tawfik J, Godfrey L, Dutton E & Heywood P. 2004b. Quality monitoring of nurse telephone triage: pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 47 (5), 551–560.
30. Schauburger C, Merkitich K & Prell A. 2007. Acute cystitis in women: experience with a telephone-based algorithm. *WJM* 106 (6), 326–329.
31. Schimpf M, Steinberg A, Tulikangas P & LaSala C. 2008. Patterns of telephone calls triaged by registered nurses in a urogynecology practice. *Urologic Nursing* 28 (3), 213–216.
32. Shapiro S, Izumi S, Tanner C, Moscato S, Valanis B, David M & Gullion C. 2004. Telephone advice nursing services in a US health maintenance organization. *Journal of Telemedicine & Telecare* 10 (1), 50–54.
33. Snooks H, Williams A, Griffiths L, Peconi J, Rance J, Snelgrove S, Sarangi S, Wainwright P & Cheung W. 2008. Real nursing? The development of telenursing. *Journal of Advanced Nursing* 61 (6), 631–640.
34. Sprivilis P, Carey M & Rouse I. 2004. Compliance with advice and appropriateness of emergency presentation following contact with the HealthDirect telephone triage service. *Emergency Medicine Australasia* 16 (1), 35–40.
35. St George I, Baker J, Karabatsos G, Brimble R, Wilson A & Cullen M. 2009. How safe is telenursing from home? *Collegian* 16 (3), 119–123.
36. Stacey D, Graham I, O’Connor A & Pomey M. 2005. Barriers and facilitators influencing call center nurses’ decision support for callers facing va-

- lues-sensitive decisions: a mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2 (4), 184–195.
37. Stacey D, O'Connor A, Graham I & Pomey M. 2006. Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *Journal of Telemedicine & Telecare* 12 (8), 410–415.
 38. Stewart B, Fairhurst R, Markland J & Marzouk O. 2006. Review of calls to NHS Direct related to attendance in the paediatric emergency department. *Emergency Medical Journal* 23 (12), 911–914.
 39. Ström M, Marklund B & Hildingh C. 2006. Nurses' perceptions. Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing* 15 (20), 1119–1125.
 40. Sutton D, Stanley P, Babl F & Phillips F. 2008. Preventing or accelerating emergency care for children with complex healthcare needs. *Archives of Diseases in Childhood* 93 (1), 17–22.
 41. Thwaites C, Ryan S & Hassell A. 2008. A survey of rheumatology nurse specialists providing telephone helpline advice within England and Wales. *Rheumatology* 47 (4), 522–525.
 42. Wahlberg A, Cedersund E & Wredling R. 2005. Bases for assessments made by telephone advice nurses. *Journal of Telemedicine & Telecare* 11 (8), 403–407.
 43. Wetta-Hall R, Berg-Copas G & Dismuke S. 2005. Help on the line: telephone- triage use, outcomes, and satisfaction within an uninsured population. *Evaluation & the Health Professions* 28 (4), 414–427.

Marjo Orava, TtM, osastonhoitaja, Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä, Mariankatu 16–20, 67200 Kokkola, sähköposti: marjo.orava@pp.kpnet.fi

Helvi Kyngäs, THT, professori, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, sähköposti: helvi.kyngas@oulu.fi

Maria Kääriäinen, TtT, yliopisto-opettaja, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, sähköposti: maria.kaariainen@oulu.fi